

Piano Mirato di Prevenzione PP06

Esposizione Professionale ad agenti chimici in luoghi di lavoro ubicati all’interno di aziende/unità produttive di settori predefiniti.

“Sicurezza e salute dei lavoratori nelle attività di saldatura” Scheda di autovalutazione aziendale

|  |  |
| --- | --- |
|  | **1. INFORMAZIONI GENERALI** |
| Ragione sociale: |  |
| Codice fiscale/partita IVA: |  |
| Codice ATECO: |  |
| Codice Tariffa INAIL: |  |
| Indirizzo sede legale: |  |
| Tel: | Pec: | @mail: |
| Indirizzo sede operativa: |  |
| Tel: | Pec: | @mail: |
| Datore di lavoro: |  |
| Tel: | Pec: | @mail: |
| R.S.P.P.: |  |
| Tel: | Pec: | @mail: |
| Medico competente: |  |
| Tel: | Pec: | @mail: |

|  |  |
| --- | --- |
| Addetti alla produzione: | n° |
| Di cui: | Lavoratori dipendenti: | n° |
| Soci lavoratori: | n° |
| Lavoratori somministrati: | n° |



|  |  |
| --- | --- |
| Tipo di attività: | ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… |

1. **ASSETTO E STRUTTURE DI PREVENZIONE**

|  |
| --- |
| **2.1 Servizio di Prevenzione e Protezione** |
| Nomina RSPP: | **□ Sì** | **□ No** | **□ Datore di Lavoro** |
| Se nominato, RSPP è: | **□** Addetto interno | * a tempo pieno
* a tempo parziale:
 |
| * Addetto esterno
 | * Società di consulenza
* Libero professionista
 |
| Sono presenti addetti SPP: | * **Sì,** se presenti n°
 | * **No**
 |
| **2.2 Medico Competente** |
| Nomina medico competente; | * **Sì**
 | * **No**
 |
| **2.3 Rappresentante dei Lavoratori per la Sicurezza** |
| RLS eletti/designati | * **Sì,** se presenti n°
 | * **No**
 |
| Se eletti/designati, sono: | * Interno
 | * Esterno
 |

1. **TECNOLOGIA DI SALDATURA**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Svolgete attività di saldatura? | * **Sì**
 | * **No \***
 |

**Per quante ore complessive (numero di lavoratori x rispettive ore lavorate) viene effettuata la saldatura?**

|  |  |
| --- | --- |
|  | **N° totale ore di saldatura** |
| **N° lavoratori** | **giornaliere** | **settimanali** | **mensili** | **annuali** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

\* In questo caso il questionario termina qui.

|  |  |
| --- | --- |
| **3.1 Tecnologia** |  |
| Tipo di tecnologia utilizzata per le attività di saldatura: | * Elettrodo non fusibile (TIG/WIG)
* Puntatrici
* Elettrodo rivestito (LBH)
* A filo con gas inerte/attivo (MIG-MAG)
* A filo ad arco sommerso
 |
|  | * Altro:
 |
| **3.2 Materiale** |  |
|  | * Acciaio al carbonio
 |
| Tipo di materiale saldato: | * Acciaio inox
 |
|  | * Acciaio legato diverso dall’inox
 |
|  | * Altro:
 |

Quante postazioni di saldatura sono presenti?

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Le operazioni di ambienti confinati? | saldatura | si | svolgono | anche | all’interno | di | * **Sì**
 | * **No**
 |

**4. IMPIANTI DI AERAZIONE ED ASPIRAZIONE**

|  |
| --- |
| **4.1 Ventilazione generale dei locali di lavoro** |
| E’ presente un sistema di robotizzazione/ciclo chiuso delle operazioni di saldatura? | * **Sì,**
 | * **No**
 |
| È prevista una ventilazione generale forzata dei locali di lavoro negli ambienti ove si effettuano le operazioni di saldatura? | * **Sì** n° ricambi d’ora:
 | * **NO**
 |
| **4.2 Impianto di aspirazione localizzata** |
| Postazioni di saldatura: | N°  |
| Tipologia di aspirazione applicata: | * Unità filtranti mobili *(tipo carrello aspirante)*
 | Portata oraria m³/h |
| * Cappa aspirante fissa (es.

Impianto fisso dotato di bracci aspiranti fissi o articolati) | Portata oraria m³/h |
| * Banchi aspiranti
 | Portataoraria m³/h |
| * Torcia di saldatura aspirata
 | Portata orariam³/h |
| * Altro
 |  |
| Gli interventi di manutenzione ordinaria e di controllo dell’efficienza dell’impianto, previsti dalle indicazioni del costruttore, vengono eseguiti: | * **Internamente**
 | * **Esternamente**
 |
| Gli interventi vengono registrati su apposito registro: | * **Sì**
 | * **No**
 |
| L’impianto di aspirazione localizzata convoglia tutta l’aria al depuratore esterno senza ricircolo nell’ambiente di lavoro? | * **Sì**
 | * **No**
 |
| La sezione di filtrazione polveri è dotata di un dispositivo per la pulizia automatica? | * **Sì**
 | * **No**
 |
| **5. DISPOSITIVI DI PROTEZIONE INDIVIDUALE (D.P.I.)** |
| Indicare il tipo o i tipi di D.P.I. per le vie respiratorie adottato/i a protezione dai fumi di saldatura e aquanti lavoratori viene fornito. |
| facciale filtrante antipolvere o semi-mascherafiltrante (con o senza filtri sostituibili) | Classe di protezioneper le polveri |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | * **P1**
 | n. |
|  | * **P2**
 | n. |
|  | * **P3**
 | n. |
| Casco elettro-ventilato |  | n. |
| Casco alimentato ad aria compressa |  | n. |
| Altro  |  | n. |

|  |
| --- |
| **6. FORMAZIONE e ADDESTRAMENTO** |
| È stata integrata l’attività di informazione e formazione dei dipendenti riguardo ai rischi specifici della saldatura, con particolare riferimento a: |
| Pericolosità e danni derivanti dalla esposizione alle sostanze cancerogene contenute in polveri e fumi di saldatura | * **SI**
 | * **NO**
 |
| Applicazione delle misure di prevenzione e protezione collettive messe in atto | * **SI**
 | * **NO**
 |
| Utilizzo di DPI per la protezione delle vie respiratorie (se in uso) | * **SI**
 | * **NO**
 |
| Utilizzo impianti di aspirazione localizzata (se presenti) | * **SI**
 | * **NO**
 |
| È stata fatta formazione sull’utilizzo di d.p.i. per la protezione degli occhi e della cute dalle radiazioni ottiche artificiali generate dai sistemi di saldatura? | * **SI**
 | * **NO**
 |

|  |  |
| --- | --- |
| **7. VALUTAZIONE DELL’ESPOSIZIONE** |  |
| E’ stata valutata la possibilità di eliminare/ridurre sostanze cancerogene nella scelta dei materiali e delle tecniche di lavorazione? |  | * **SI**
 |  |  | ❑❑**NONO** |  | * **NO**
 |
| Vengono acquisite e conservate le schede tecniche/sicurezza dei materiali di utilizzo? | * **SI**
 | * **NO**
 |  |
| La valutazione dei rischi chimici e/o cancerogeni derivanti dalle lavorazioni di saldatura/puntatura è effettuata anche attraverso l’utilizzo dei risultati di misure dell’esposizione professionale ad agenti chimici utilizzando lemetodiche standardizzate? | * **SI**
 | * **NO**
 |
| Se sì, le misure sono state eseguite negli ultimi 3 anni? | * **SI**
 | * **NO**
 |
| La valutazione è stata effettuata da personale qualificato? | * **SI**
 | * **NO**
 |

|  |
| --- |
| **Quali inquinanti sono stati monitorati?** |
| Polveri (inalabili, respirabili) | * **SI**
 | * **NO**
 |
| Cromo Totale o Cromo esavalente, Nichel o Cadmio | * **SI**
 | * **NO**
 |
| Altri metalli (Ferro, Manganese, Alluminio ecc.) | * **SI**
 | * **NO**
 |
| Gas (ozono, ossidi di azoto, monossido di carbonio, ecc) | * **SI**
 | * **NO**
 |
| Altro  | * **SI**
 | * **NO**
 |

|  |
| --- |
| **8. SORVEGLIANZA SANITARIA** |
| I lavoratori che effettuano saldatura sono sottoposti a sorveglianza sanitaria preventiva e periodica specifica per il rischio di esposizione a fumi di saldatura? | * **SI**
 | * **NO**
 |
| Quali sono gli accertamenti sanitari in occasione della visita preventiva/periodica relativamente alla attività di saldatura? |

|  |
| --- |
|  |
| I lavoratori sono sottoposti a monitoraggio biologico? | * **SI**
 | * **NO**
 |
| Se sì, quale agente viene ricercato? |
| È stato istituito un registro degli esposti a sostanze cancerogene? | * **SI**
 | * **NO**
 |
| Il medico competente ha elaborato i risultati anonimi collettivi, differenziandoli per sesso, età, postazione/compito lavorativo o gruppo omogeneo/mansione? | * **SI**
 | * **NO**
 |

**Data Firma Datore di lavoro**